

# Avaliação do conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica do estado de São Paulo sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica

*Maria Cecília Azevedo de Aguiar  
Fernando Luiz Brunetti Montenegro*

**RESUMO:** O presente trabalho propõe uma abordagem do nível de conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica sobre saúde bucal, além de buscar elucidar o papel da odontologia em equipes de assistência à terceira idade e a importância da interdisciplinaridade, através de entrevistas a médicos com atuação geriátrica no estado de São Paulo.  
**Palavras-chave:** gerontologia; interdisciplinaridade; odontogeriatría.

*ABSTRACT: This work proposes to approach the knowledge level of physicians working in the geriatric area about oral health; in addition, it aims to elucidate the role of dentistry in staffs which provide health care for the third age and the importance of interdisciplinarity. To fulfill these objectives, interviews were conducted with physicians who work in the geriatric field in the state of São Paulo.*

**Keywords:** Gerontology; Interdisciplinarity, Geriatric Dentistry.

## Introdução

Os idosos, particularmente os mais velhos (acima dos 75 anos), constituem o segmento que mais cresce da população brasileira. Segundo o IBGE (2002), em 1960, a população idosa do Brasil era responsável por 4,8% do total da população do país e em 2000 atingiu 7,9%. Mantidas

as tendências atuais, a projeção para 2025 é de que a proporção de idosos esteja em torno de 15%, o que colocará o Brasil como a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos.

Um dos grandes desafios para a atenção ao idoso advém do fato de que quanto mais envelhecem, mais diferentes tornam-se as pessoas (heterogeneidade biopsicossocial). Além disso, outro fator complicador para a assistência à terceira idade é a situação de complexidade clínica freqüentemente encontrada com o envelhecimento (Shinkai e Del Bel Cury, 2000). Considerando-se a diversidade e a complexidade do idoso, a atuação de uma equipe interdisciplinar torna-se fundamental, na medida em que participa, analisa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde dos idosos (Jacob Filho e Sitta, 1996).

Nesse contexto de atenção interdisciplinar ao idoso, a participação do cirurgião-dentista ainda não é efetiva. A literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar na terceira idade é quase inexistente, havendo poucas menções de dentistas em equipes de assistência ao idoso (Brunetti e Montenegro, 2002). A dificuldade de vivência interdisciplinar tem raízes na desinformação sobre quando, em que, como e por que a odontologia pode ajudar numa equipe. Segundo Shinkai e Del Bel Cury (2000), o sentido inverso, ou seja, o não-conhecimento da ação das outras áreas profissionais pelo cirurgião-dentista também é verdadeiro.

Essa postura individualista assumida por profissionais das diferentes áreas de atuação da saúde contraria diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), que enfatiza a indissociabilidade da saúde bucal e da saúde geral dentro de uma visão holística do indivíduo. Esse conceito é corroborado por Berg e Morgenstern (1997), que afirmam que alterações bucais têm conseqüências em todos os órgãos do corpo, especialmente pelo fato de a boca ser a porta de entrada de alimentos e líquidos. Qualquer alteração por ela sofrida pode comprometer o funcionamento de um órgão, que, por sua interdependência, ajuda a influenciar outros.

Os dados fornecidos pelo IBGE (1998, 2002) e por diversos estudos da literatura científica mundial apontam altos índices de enfermidades na

saúde sistêmica e bucal da população idosa. Aliados ao conhecimento da inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica, torna-se fundamental a realização de pesquisas sobre relacionamento e conhecimento entre médicos (geralmente coordenadores das equipes interdisciplinares) e cirurgiões-dentistas com atuação na área geriátrica, com o intuito de melhor atender às necessidades globais dos pacientes da terceira idade.

## **Revisão da literatura**

Estudos com abordagem na interdisciplinaridade são escassos na literatura nacional e internacional. Erickson (1997) salienta, após pesquisa realizada nos EUA, que o corpo de enfermagem geralmente desconhece medidas preventivas em Odontologia, mas que gostaria de conhecê-las e que nem sempre há um cirurgião-dentista ou higienista bucal disponível nos ambientes hospitalar e/ou ambulatorial.

Buscando estabelecer um perfil da percepção e realização dos cuidados bucais pelo corpo de enfermagem, Rezende (2005) realizou um estudo com 209 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) com atuação em instituições hospitalares geriátricas na cidade de Uberlândia-MG. Através de entrevistas, constatou que apenas 18% dos profissionais de enfermagem atuavam em equipes multidisciplinares contendo cirurgiões-dentistas como membros efetivos, embora 93,24% dos entrevistados considerassem necessária a presença desse profissional na equipe. 99% acreditam que uma infecção na boca pode prejudicar a saúde do resto do corpo e que a higiene bucal é importante durante a estada no hospital. Apesar disso, mais de 2/3 consideraram os treinamentos insuficientes e todos gostariam de conhecer mais sobre saúde bucal e aplicar esses conhecimentos nos pacientes.

Apesar de terem abordado profissionais que atuam em pacientes pediátricos, o estudo de Pandolfi et alii (2001) traz considerações importantes. Foram avaliados, a partir de questionários, duzentos médicos do estado do Espírito Santo quanto às atitudes ante a saúde bucal. Foi verificada a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e multifatorial por parte dos dentistas, bem como a necessidade de transmis-

são aos médicos de um maior número de informações, com o objetivo de tornar eficaz e efetiva essa integração.

Senna et alii (2003), através da aplicação de questionários a 34 médicos da cidade de Niterói, RJ, procuraram identificar os conhecimentos da classe médica sobre as inter-relações entre saúde geral e bucal. 76% dos indivíduos estudados compreendem saúde como boas condições físicas e mentais. Ao serem perguntados sobre o que é uma boca saudável, 35,3% afirmaram ser aquela com boa higiene e 38,2%, com ausência de doenças. Todos os entrevistados consideram a saúde bucal como um fator preocupante e 94,1% acreditam na existência de relação entre saúde bucal e saúde geral. Os autores concluem que, embora tenha havido uma grande variedade de imagens, a maioria delas teve caráter reducionista, desvinculado das reais necessidades de promoção de saúde da população brasileira. Além disso, consideram que as percepções dos médicos sobre saúde geral e bucal sinalizam para a necessidade de uma maior interação entre profissionais da área médica e odontológica, a fim de se buscar uma interface entre essas profissões no dimensionamento da saúde e de sua promoção.

## Metodologia

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram elaborados uma carta de apresentação e um questionário composto por 16 questões fechadas, validado através de estudo piloto, para a obtenção de um modelo final.

Os questionários foram enviados via postal a todos os médicos do estado de São Paulo registrados na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), entidade mais antiga (fundada em 1961) e de maior representatividade da Gerontologia e Geriatria brasileiras.

Em relação à seleção da amostra, pode-se definir a mesma como não viesada, tendo-se em vista que os entrevistados foram selecionados ao acaso (lista fornecida pela SBGG, composta de 380 nomes), contando com um número representativo (já que a instituição em questão relata haver um total de 512 médicos com atuação geriátrica no estado).

Em cada uma das correspondências foi anexada uma carta-resposta, composta de um envelope pré-endereçado e selado para retorno gratuito.

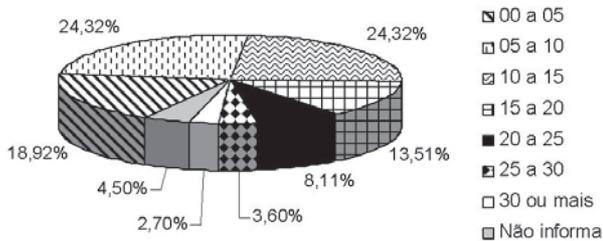
Após o recebimento dos questionários respondidos, os dados foram tabulados para serem submetidas à análise estatística, que consistiu em contagem de variáveis, cálculos de médias simples e regressões.

## Resultados

De um universo de 380 correspondências enviadas, foram recebidas 111 respostas (índice de resposta de 29,21%), sendo estas tabuladas e submetidas a análise estatística, com índice de confiança a 92%.

A primeira questão abordou há quanto tempo os médicos exerciam atividades no campo da geriatria e gerontologia, representada no Gráfico 1.

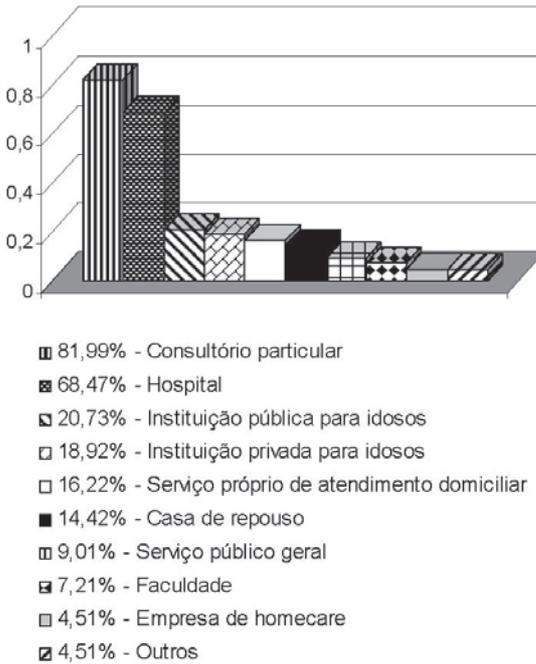
**Gráfico 1 – Distribuição dos médicos em relação ao tempo de exercício das atividades no campo da geriatria e gerontologia**



Quanto ao fato de possuírem título de especialista em geriatria reconhecido por instituições médicas, 72 (64,86%) profissionais eram especialistas em geriatria e 39 (35,14%) não, tendo título em outra especialidade médica ou atuando como clínicos gerais.

Em relação ao tipo de estabelecimento em que trabalhavam, as respostas estão representadas no Gráfico 2.

**Gráfico 2 – Distribuição dos médicos em relação ao tipo de estabelecimento de trabalho**

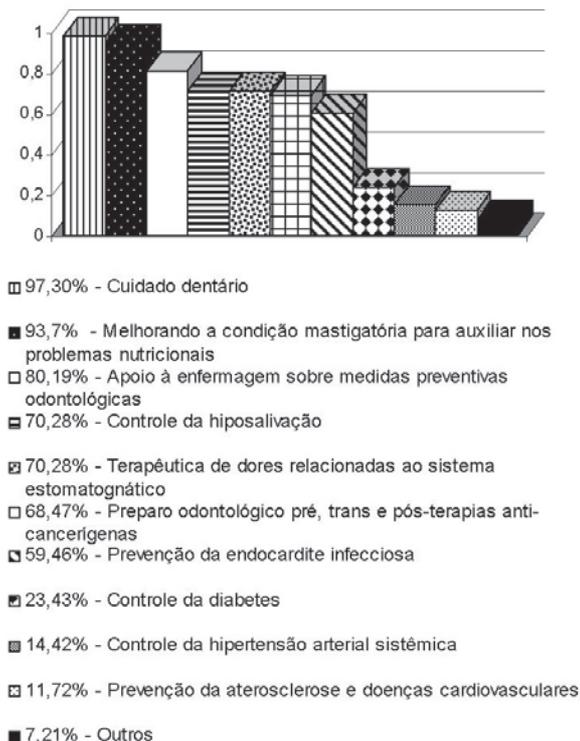


Sobre a participação em equipes interdisciplinares, 84 (75,68%) médicos participavam e 27 (24,32%) não. Dentre os que responderam positivamente, 19 (22,62%) dispunham de cirurgião dentista como membro permanente do grupo e 65 (77,38%), não.

Sobre a necessidade de atuação de cirurgiões-dentistas em equipes interdisciplinares, 88 (79,28%) médicos consideraram necessária, 6 (5,4%) acreditam ser desnecessária e 17 (15,31%) não responderam.

O Gráfico 3 representa as repostas dos entrevistados sobre de que modo um cirurgião-dentista poderia auxiliar numa assistência ampla ao idoso. Sendo essa uma questão de múltipla escolha, cada profissional poderia marcar mais de uma das alternativas propostas.

**Gráfico 3 – Repostas dos entrevistados sobre de que modo um cirurgião-dentista poderia auxiliar numa assistência ampla ao idoso**



Quanto ao conhecimento da Odontogeriatrica como especialidade odontológica, 66 (59,45%) médicos conheciam e 41 (40,54%) não. Ao serem questionados se conheciam algum dentista que atuasse preferencialmente nessa área, 47 (42,34%) respondeu que sim e 64 (57,66%) que não. 110 (99,09%) entrevistados crêem que um profissional com tais conhecimentos poderia ajudá-los nos casos em que houvesse envolvimento específico e apenas 1 (0,09%) acredita que não.

Todos os médicos que responderam ao questionário (111) afirmaram que solicitariam a intervenção de um cirurgião-dentista com conhecimentos gerontológicos.

Sobre a interação com o cirurgião-dentista do paciente, 66 (59,46%) médicos relataram ser existente, enquanto que 45 (40,54%) relataram não ser costume.

Em relação ao fato da existência de um profissional da Odontologia com quem costumassem trabalhar ou indicar quando solicitados, 66 (59,46%) relataram que havia e 45 (40,54%) que não.

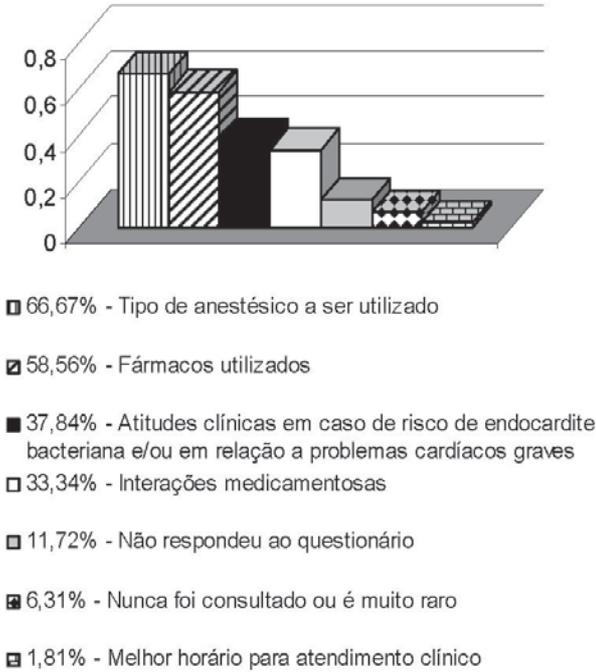
Foram 68 (61,26%) os entrevistados que afirmaram que já atenderam pacientes encaminhados por cirurgiões-dentistas e 43 (38,74%) afirmam nunca ter recebido tais encaminhamentos.

Quanto ao hábito de orientar os pacientes na procura periódica de um odontólogo para exame da mucosa e prevenção do câncer oral, 90 (81,08%) informaram ser freqüente e 21 (18,92%) relataram não ter o hábito.

Os principais e mais comuns questionamentos aos médicos por cirurgiões-dentistas quanto à conduta e atitudes clínicas com pacientes encontram-se representados no Gráfico 4.

No tocante aos relatos de pacientes sobre alterações na boca, os médicos informaram ter recebido as queixas representadas no Gráfico 5. As condutas adotadas em relação a essas queixas estão representadas no Gráfico 6.

**Gráfico 4 – Questionamentos aos médicos por cirurgiões-dentistas quanto à conduta e atitudes clínicas com pacientes**

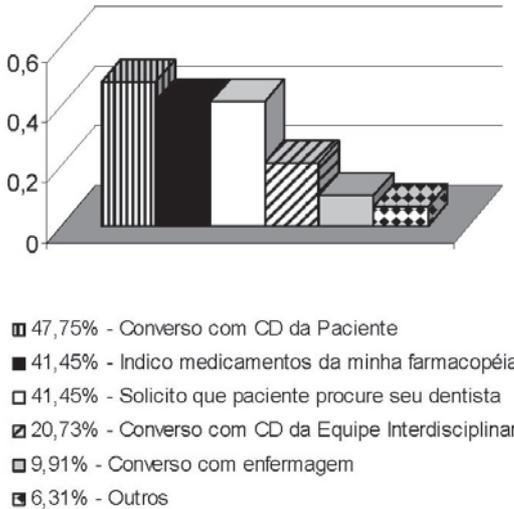


Com a intenção de verificar se o tempo de atuação clínica dos médicos, o fato de o profissional ter título de especialista na área gerontológica e o fato de atuar em equipe interdisciplinar com ou sem presença de cirurgião-dentista interferiram no número de alternativas marcadas na questão “de que formas um cirurgião-dentista poderia auxiliar numa assistência ampla ao idoso?” (representada no Gráfico 3), foram realizadas regressões utilizando-se o teste t-student. Não houve relação estatística significativa entre as variáveis ( $p < 0,05$ ). O teste F-statistic, para todas as regressões, também não se mostrou significativo (Significância global estatisticamente desprezível).

**Gráfico 5 – Queixas dos pacientes aos médicos de alterações bucais**



**Gráfico 6 – Conduta dos médicos ante as queixas de alterações bucais dos pacientes**



## Discussão

O intercâmbio profissional, indiscutivelmente, representa um papel de fundamental importância, pois permite a divisão de responsabilidades a partir do momento em que cada profissional passa a enxergar os limites da sua ciência e as possibilidades das demais. É essa a principal proposta da atuação interdisciplinar: propiciar que múltiplas áreas do saber, com diferentes propostas de trabalho e diversas formas de atuação, possam agir conjuntamente (Jacob Filho e Sitta, 1996).

Estudos sobre relacionamento interdisciplinar dos profissionais com formação voltada aos pacientes geriátricos são escassos na literatura. Nesse contexto, os resultados encontrados no presente trabalho podem ajudar a estabelecer esse perfil entre médicos e cirurgiões-dentistas.

Sobre tempo de atuação, pôde-se observar que tem ocorrido um crescente aumento no número de profissionais com atuação geriátrica nos últimos anos, tendo-se em vista que, nas faixas de menor tempo de atuação, concentram os maiores índices deles. Esse incremento de médicos com atenção voltada à atenção para a terceira idade é de fundamental importância, já que o número de profissionais da área médica especializados no tratamento dessa faixa etária ainda é insuficiente (Gorzoni, 2004).

Quanto ao fato de possuírem título de especialista em geriatria reconhecido por instituições médicas, pode-se ressaltar que muitos profissionais especializam-se em geriatria ou gerontologia e não registram o título obtido nas instituições pertinentes. Segundo relatos do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005), existem 352 médicos geriatras ativos no Brasil, sendo que a instituição em questão somente possui a informação daqueles que registraram sua especialidade e, como não há a obrigatoriedade desse registro, este não é um número exato. Já a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2005), outra instituição responsável pelo registro dos médicos especialistas em geriatria, informa que no Brasil há 1.653 médicos registrados na área, sendo que 512 deles concentram-se no estado de São Paulo. Por sua vez, Gorzoni (2004) afirma que existem apenas 550 geriatras espalhados pelo país. Por essas

divergências encontradas, não consideramos ser um fator confiável avaliar o fato de o profissional ser registrado ou não como especialista com seu nível de pós-graduação.

Em relação ao tipo de estabelecimento em que trabalhavam, houve predomínio de atuação em consultórios particulares, seguida pelos hospitais, instituições públicas e privadas para idosos. Com exceção dos consultórios particulares, os demais locais de atuação citados abrem caminho para o trabalho em equipes interdisciplinares. A maioria dos entrevistados relatou fazer parte delas, dentre as quais poucas dispõem de cirurgião-dentista como membro permanente, apesar de grande número considerar necessária essa participação. Os achados são concordantes com observações de Brunetti e Montenegro (2002), que relatam que a participação do cirurgião-dentista em equipes de assistência ao idoso ainda não é efetiva.

Quando indagados de que formas um cirurgião-dentista poderia auxiliar numa assistência ampla ao idoso, os médicos estavam indiretamente opinando sobre seus conhecimentos sobre saúde bucal e sua inter-relação com a saúde sistêmica. As respostas obtidas serão aqui citadas em ordem decrescente de percentual marcado pelos médicos.

A forma de atuação considerada como a principal foi referente aos cuidados dentários, principal área de atuação odontológica na visão dos entrevistados e, provavelmente, na visão da maior parte dos profissionais do corpo de saúde.

Em segundo lugar, foi selecionada a opção “melhorando a condição mastigatória para auxiliar nos problemas nutricionais”, embasada por estudos que comprovam a inter-relação entre saúde bucal e aspectos nutricionais (Marcenes et alii, 2003; Oliveira e Frigério, 2004; Sheiham et alii, 2001; Shimazaki et alii, 2001).

Em terceiro lugar, “no apoio à equipe de enfermagem sobre medidas preventivas odontológicas”, condizente com conceitos de Erickson (1997) e Rezende (2005), de que o corpo de enfermagem geralmente desconhece medidas preventivas em odontologia, que gostaria de conhecê-las, mas nem sempre há um cirurgião-dentista ou higienista bucal disponível.

Em quarto lugar, foi escolhida a opção “no controle da hipossalivação”, com atuação odontológica de grande importância, pelo fato de haverem diversas medidas para proporcionar conforto ao paciente e evitar as seqüelas decorrentes da xerostomia (Erickson, 1997), além dos relatos de que é fundamental a interação entre médicos e cirurgiões dentistas do paciente para tentar solucionar o problema, através da revisão do regime de drogas prescritas e diálogos sobre a possibilidade de eliminação de medicamentos com efeitos anticolinérgicos (Cassolato e Turnbull, 2003).

Também em quarta posição foi selecionado o item “na terapêutica de dores relacionadas ao sistema estomatognático”, área de atuação específica da Odontologia (Dini e Castellanos, 1993; Pucca Jr, 1996).

Em quinto lugar, foi apurada a opção “no preparo odontológico pré, trans e pós-terapias anticancerígenas”, sendo a participação do cirurgião-dentista, segundo Miglioratti (2002), essencial junto às equipes que prestam atendimento aos pacientes sob terapia anticancerígena, seja minimizando as seqüelas do tratamento, adotando protocolos de higiene para pacientes acamados/entubados, proporcionando conforto ao paciente ou restabelecendo estética e função nos casos das mutilações, através das próteses bucomaxilofaciais.

Em sexto lugar, foi selecionada a opção “na prevenção da endocardite infecciosa”, doença cuja idade média dos pacientes tem aumentado progressivamente e, segundo Santos (2002), 55% dos pacientes acometidos são idosos. Levantamentos da literatura científica indicam que de 4% a 20% das endocardites infecciosas são de origem bucal (Moraes, Dias e Furtado, 2004), o que torna fundamental o estabelecimento de programas odontológicos preventivos rigorosos nos pacientes susceptíveis para a sua prevenção (De Geest et alii, 1990).

A sétima alternativa mais freqüente foi “no controle do *diabetes*”, doença com incidência e prevalência crescente com o envelhecimento (Nasri, 2002; Ministério da Saúde, 2003), caracterizada por alterações que trazem conseqüências para o estado clínico geral do paciente e, de maneira particular, para a integridade da cavidade oral. Em contrapartida, diversos estudos apontam a doença periodontal como fator que dificulta o controle metabólico do diabetes (Karikoski, Murtomaa e Ilanne-Parikka, 2002; Williams e Offenbachers, 2000).

Em seguida, foram situaram-se as opções “no controle da hipertensão arterial sistêmica” e, em menor número, “na prevenção da aterosclerose e doenças cardiovasculares”. Essas alternativas foram selecionadas em números inexpressivos, o que reflete o desconhecimento da potencialidade de a saúde bucal contribuir para a manutenção e melhora da saúde sistêmica, uma vez que há estudos (Williams e Offenbachers, 2000) que apontam a periodontite como fator predisponente ou agravante para as doenças cardiovasculares e que protocolos de higiene oral e cuidados profissionais podem diminuir a ocorrência dessas doenças em idosos com saúde comprometida (Senpuku et alii, 2003).

Alguns médicos marcaram a opção “outros”, o que foi especificado como “participando ativamente das equipes interdisciplinares”, “orientando a população idosa com palestras sobre cuidados bucais”, “na prevenção do câncer bucal”, “na melhora da qualidade de vida e aumento da auto-estima”, “incorporando-se à pesquisa e extensão universitária” e “no trabalho conjunto com fonoaudiólogos na avaliação e controle da fase oral da disfagia”. Consideramos de grande importância a amplitude de visão sobre saúde desses profissionais, tendo-se em vista que a Odontologia tem muito a contribuir quanto às opções citadas e que é considerada por eles necessária uma participação mais ativa e efetiva dos cirurgiões-dentistas para a promoção de saúde.

As regressões utilizando o teste-t student mostraram que não houve relação estatística significativa entre os conhecimentos dos médicos sobre saúde bucal e sua inter-relação com a saúde sistêmica e o tempo de atuação clínica, pelo fato de possuírem título de especialistas, participação em equipes interdisciplinares e presença de cirurgiões-dentistas nessas equipes. Isso pode se dever ao fato de que o conhecimento é um processo baseado nas experiências, esforços e interesses pessoais, não podendo ser mensurado como regra por títulos, tempo ou formas de atuação. Em especial, quanto à presença de cirurgiões-dentistas nas equipes, tornar-se-ia necessário avaliar a sua efetividade de atuação e intercâmbio com profissionais da área médica antes de se fazer qualquer sugestão ou afirmação.

A Odontogeriatrica, como especialidade odontológica, mostrou-se conhecida para apenas 59,45% dos entrevistados, bem como a ciência

de algum dentista com atuação preferencial nessa área obteve índices de 42,34%, dados que mostram a necessidade de os profissionais dessa área estabelecerem contato com os demais implicados no cuidado da saúde, maior e mais eficiente participação em equipes interdisciplinares e divulgação da existência e potencialidades da especialidade. Essa necessidade é corroborada por dados do estudo, onde 99,09% dos entrevistados crêem que um profissional com tais conhecimentos poderia ajudá-los nos casos em que houvesse envolvimento específico e 100% da amostra afirma que solicitariam a intervenção de um cirurgião-dentista com conhecimentos gerontológicos.

Quanto à interação com o cirurgião-dentista do paciente, 59,46% dos médicos relataram ser comum; sobre a existência de um profissional da Odontologia com quem costumassem trabalhar ou indicar quando solicitados, 59,46% revelaram que há. 61,26% da amostra afirmou que já ter atendido pacientes encaminhados por cirurgiões-dentistas. Os dados expostos revelam que a interação entre médicos e cirurgiões-dentistas é existente, entretanto, com índices abaixo dos desejáveis para profissionais atuantes numa população tão heterogênea como a de terceira idade e com maior frequência de complexidade clínica encontrada, como relatam Shinkai e Del Bel Cury (2000).

Quanto ao hábito de orientar os pacientes a procurarem periodicamente um odontólogo para exame da mucosa e prevenção do câncer oral, a maior parte (81,08%) informa ser freqüente, números animadores, tendo-se em vista que as neoplasias têm incidência aumentada com o envelhecimento e que o diagnóstico e o tratamento precoces proporcionam cura em cerca de 80% dos casos (INCa, 1992).

Quando questionados por cirurgiões-dentistas sobre dúvidas quanto à conduta em relação a atitudes clínicas com pacientes, as porcentagens encontradas mostraram-se baixas ante a real necessidade de intercâmbio com o médico do paciente, devido à grande incidência de doenças crônicas relatada pela literatura científica associada aos vários medicamentos ingeridos pelos pacientes idosos.

Todos os entrevistados relatam ter recebido queixas dos pacientes quanto a alterações na boca, com altos índices para todas. Atenção espe-

cial deve ser dada à análise quanto às condutas assumidas pelos médicos. Quanto a solicitar que o paciente procure auxílio odontológico ou conversar com dentista do paciente ou da equipe interdisciplinar, são condutas viáveis e que alimentam trocas de experiências entre os profissionais. O fato de conversar com profissionais de enfermagem não pode ser repriminado, tendo-se em vista a pequena atuação de cirurgiões-dentistas constatada nas equipes interdisciplinares e o fato de enfermeiros e auxiliares de enfermagem serem os responsáveis diretos pela maior parte dos cuidados destinados aos pacientes, em especial nas instituições hospitalares ou asilares.

A conduta de prescrever medicamentos da farmacopéia médica para tratar problemas de origem odontológica deve ser cuidadosamente avaliada, uma vez que, dessa maneira, podem estar sendo tratados os sintomas de males orais sem, no entanto, sanar suas causas. Entretanto, quando a farmacologia é utilizada para substituir ou suspender fármacos com efeitos colaterais indesejáveis na boca (como citado na opção “outros”), mostra indícios de conhecimento amplo por parte do médico, tendo-se em vista que a maioria das drogas mais freqüentemente prescritas para indivíduos idosos tem potencial de efeitos colaterais na boca (Paunovich et alii, 1997).

Uma atitude preocupante revela-se em algumas condutas citadas na opção “outros”, como encaminhar problemas de origem nitidamente odontológica para profissionais de diversas especialidades médicas ou ter o hábito de examinar dentes e mucosas dos pacientes. Esses métodos revelam descrença na Odontologia como promotora de saúde e tendência à auto-suficiência e onipotência, contrariando conceitos como os defendidos por Jacob Filho e Sitta (1996), que definem a assistência à terceira idade como uma área de contato de muitas especialidades, na qual a troca de conhecimentos facilita a atuação de cada elemento do grupo dentro do conceito de “descentralização integrada”, onde cada profissional desempenha suas funções específicas dentro de um planejamento conjunto da equipe, com co-responsabilidade no processo de decisão.

## Conclusões

Os dados encontrados e suas possíveis interpretações abrem caminho para diversas reflexões, seja quanto à valorização de intercâmbio freqüente entre os profissionais da área gerontológica, maiores esforços de inclusão da classe odontológica nas equipes de saúde e maior necessidade de conhecimento sobre as inter-relações entre saúde bucal e saúde sistêmica para toda a equipe de saúde, a partir do entendimento do corpo humano como um conjunto, abandonando a visão da boca como uma parte isolada do organismo.

Consideramos, ainda, que mais estudos com abordagem na interdisciplinaridade fazem-se necessários para melhor elucidar a questão.

## Referências

- BERG, R. e MORGENSTERN, N. E. (1997). *Physiologic changes in the elderly*. In: *Dental Clinic of North América*, v. 41, n.4.
- BRUNETTI, R. F. e MONTENEGRO, F. L. B. (2002) *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo, Artes Médicas.
- CASSOLATO, S. F. e TURNBULL, R. S. (2003). Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*, v. 20, n. 2.
- CFM: Conselho Federal de Medicina (2005). *Informações sobre especialidades médicas*. <http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em 22 de fevereiro.
- II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (1993). *Brasília, DF, 25 a 27 de setembro de 1993. Relatório Final*. Brasília, CFO/MS.
- DE GEEST, A. F.; SCHOOLMEESTERS, I.; WILLEMS, J. L. e DE GEEST, H. (1990). An analysis of the level of dental care in cardiac patients at risk for infective endocarditis. *Acta Stomatologica. Belgica*, v. 87, n. 2.
- DINI, E. L. e CASTELLANOS, R. A. (1993) Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 50, n. 2.
- ERICKSON, L. (1997). Oral health promotion and prevention for older adults. *Dental Clinic of North America*, v. 41, n. 4.
- GORZONI, M. (2004). *Comunicação pessoal*, São Paulo.

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1998). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro, IBGE.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002). *Censo Demográfico, 2000*. Rio de Janeiro, IBGE
- INCa: Instituto Nacional do Câncer (1992). *Câncer de boca: manual de detecção de lesões suspeitas*. Rio de Janeiro Ministério da Saúde, 52 p.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCa). (1992). *Câncer de boca: manual de detecção de lesões suspeitas*. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, INCa.
- JACOB FILHO, W. e SITTA, M.C. (1996). “Interprofissionalidade”. In: PAPALEO NETO, M. *Gerontologia*. São Paulo, Atheneu.
- KARIKOSKI, A; MURTOMAA, H. e ILANNE-PARIKKA, P. (2002). Assessment of periodontal treatment needs among adults with diabetes in Finland. *International. Dental Journal*, v. 52, n. 2.
- MARCENES, W.; STEELE, J. G.; SHEIHAM, A. e WALLS, A.W.G. (2003). The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n. 3.
- MIGLIORATTI, C. A. (2002). “O conceito atual da medicina bucal”. In: BRUNETTI, R.F. e MONTENEGRO, F. L. B. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico* São Paulo, Artes Médicas.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003). Fundação Nacional de saúde. DATASUS. *Informações de saúde. Indicadores e dados básico (IDB)*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 de janeiro.
- MORAES, R. G. B.; DIAS, L. Z. S. e FURTADO, M. A. H. (2004). “A doença periodontal e o seu relacionamento com as doenças cardiovasculares”. In: BRUNETTI, M. C. *Periodontia médica: uma abordagem integrada*. São Paulo, Senac.
- NASRI, F. (2002). *Diabetes Mellitus no idoso*. In: FREITAS et alii. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- OLIVEIRA, T. R. C. e FRIGERIO, M. L. M. A. (2004). Association between nutrition and prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology*, v. 21, n. 4.

- PANDOLFI, M.; MAEDA, F. H.; TORRES, L. P. e GOMES, M. J. (2001). Perfil de médicos pediatras do Estado do Espírito Santo diante da saúde bucal. *Revista de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo*, v. 3, n. 1.
- PAUNOVICH, E. D.; SADOWSKY, J. M. e CARTER, P. (1997). The most frequently prescribed medications in elderly and their impact on dental treatment. *Dental Clinic of North America*, v. 41, n. 4.
- PUCCA Jr., G. A. (1996). Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. PAPALEONETO, M. *Gerontologia*. Atheneu, São Paulo.
- REZENDE, T. O. (2005). *Análise dos cuidados bucais realizados pela equipe de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados na cidade de Uberlândia, Minas Gerais*. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Odontogeriatrics. Subdivisão de Odontologia. São Paulo, Abeno.
- SANTOS, S.C.M. (2002). “Endocardite infecciosa”. In: FREITAS et alii. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- SBGG: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2005). *Informações sobre títulos de especialista*. Disponível em <http://www.sbgg-sp.com.br>. Acesso em 18 de fevereiro.
- SENNA, M. A. A.; PIMENTEL, S.; PORTELLI, H. e MAIA, L.C. (2003). “Percepções de médicos do município de Niterói sobre saúde geral e bucal”. In: *Pesquisa Odontológica Brasileira*. Anais da 20ª reunião Anual da SBPqO, v. 17, supl. 2. Brasília, SBPqO.
- SENPUKU, H.; SOGAME, A.; INOSHITA, E.; TSUHA, Y.; MIYAZAKI, H. e HANADA, N. (2003). Systemic diseases in association with microbial species in oral biofilm from elderly requiring care. *Gerodontology*, v. 49, n. 5.
- SHEIHAM, A.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; LOWE, C.; FINCH, S.; BATES, C.J.; PRENTICE, A. e WALLS, A. W. G. (2001). The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in Older People. *Journal Dental Research*, v. 80, n. 2.
- SHIMAZAKI, Y; SOH, I.; SAITO, T.; YAMASHITA, Y.; KOGA, T; MIYAZAKI, H. e TAKEHARA, T. (2001). Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people. *Journal Dental Research*, v. 80, n. 1.

- SHINKAI, R.S.A. e DEL BEL CURY, A.A. (2000). O papel da Odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Caderno de Saúde Pública*, v. 16, n. 4.
- WILLIAMS, R. C. e OFFENBACHER, S. (2000). Periodontal medicine: the emergence of a new branch of periodontology. *Periodontology*, v. 23, n. 1.

*Data de recebimento: 14/10/2006; Data de aceite: 28/1/2007.*

---

**Maria Cecília Azevedo de Aguiar** – Cirurgiã-dentista, especialista em Odontogeriatría, mestranda em Atenção à Saúde Coletiva pela UFES. E-mail: mariaceciliaaguiar@yahoo.com.br

**Fernando Luiz Brunetti Montenegro** – Mestre e doutor pela F.O/USP. Pesquisador-mentor do Portal do Envelhecimento (PUC-SP). E-mail: fbrunetti@terra.com.br